

〔研究ノート〕

内務省衛生局による医療利用組合政策の形成過程

——1933年医師法改正・診療所取締規則を中心に——

青 木 郁 夫

はじめに

昭和期に入ること、医療利用組合運動は「広区域単営組合」段階＝時代に至る。この時代を切り拓いたのは、購買利用組合東青病院（青森県青森市，東津軽郡，1928年5月設立認可，同9月事業開始），利用購買組合厚生病院（鳥取県東伯郡，気高郡，岡山県真庭郡，28年12月設立認可，29年7月事業開始），高陵利用組合昭和病院（高知県高岡郡，29年3月設立認可，同8月事業開始）の三つの組合であった。設立認可後の医療利用事業は東青病院にせよ，厚生病院にせよ，医師一・二人の小規模な診療所から出発したもの〔岡本正志，1934；中部厚生農業協同組合厚生病院，1955〕，都市あるいは市街地と農村部の両者を事業区域に含み，都市あるいは市街地に総合的病院を設置することになったように，「町村四種兼営組合」と同程度の医療利用事業からの飛躍的發展がみられた。厚生病院の場合には，産業組合中央会鳥取支会東伯郡部会が主体となって医療利用事業を計画し，「とりうる姿としては連合会」として経営することを構想したが，農商務省・農林省が医療利用事業において「連合会組織」を予定していないとしてこれを認めなかったという経緯があった〔同上，1955，4－5〕。この例にみられるように，医療利用事業には町村四種兼営組合から広区域単営組合へ，さらに，連合会組織へと展開する内的機動力＝内的論理が存在していたといつてよいだろう。

こうした医療利用組合運動の展開に対して，医事行政の主務官庁たる内務省衛生局でも，産

業組合行政の主務官庁たる農林省でも，医療利用組合をどのようなものとして存在せしめるかについての明確な方針＝認可基準は確定していなかった。衛生局が医療利用組合の実態を把握し，それに基づいて対応策を確立しようとしたのは，32年3月に「突如」「産業組合又は組合組織に依る診療機関調査」に着手したことに始まる。調査を行う「動機は不明」だとされたが，医療利用組合をめぐる[[日本医師会]・[内務省衛生局]] — [[農林省]・[産業組合＝医療利用組合]] の対抗関係が明白となり，世間の耳目をひくこととなったのには，賀川豊彦，新渡戸稲造らが主導した東京医療利用購買組合（31年5月設立認可申請，32年5月設立認可，同9月事業開始）の設立認可をめぐる「情況」があったことは確かである。この時点では，衛生局には医療利用組合について「医師の分布不良なる山間僻地に在っては必要なる施設」として認めるが，「行政的見地より都会地に於けるものに対しては反対の意向」があるとみられていた。さらに，産業組合による医療利用事業＝医療利用組合は「産業組合法に抵触する」との見方もあったとされていた〔医海時報（以下，医海），32/ 3/26号，11－2〕。衛生局がこうした調査に着手し，医療利用組合に対して「抑制的」な，場合によっては「禁止的」な政策をとろうとしたことの背景には，医療利用組合，とりわけ都市あるいは市街地に総合的病院を設立する広区域単営組合が自らの「医業権」を侵すものと認識し，これに対して「反産運動」を展開することになる日本医師会の要求があったことはいうまでもない。日本医師会も

また時を同じくして「特殊診療機関ノ調査」として「産業組合法ニ依ル診療機関（医療利用組合）」の実態調査を行ったし〔日本医師会，1932〕，設立準備を進めていた東京医療利用組合側も全国の産業組合中央会支会を通じて調査を行った〔医療組合運動，32/4/24号，8〕。ここに至って，初めて，全国的な状況を踏まえて，医療利用組合をめぐる政策議論が国家官僚機構内においてもなされるようになったといつてよい。

ここでの課題は，医療利用組合運動の連合会組織による系統的統制に至る政策形成過程を，[[日本医師会]・[内務省衛生局]]—[内務省社会局]—[[農林省]・[産業組合]]の対抗関係において追究することである。この課題については，すでに，国民健康保険制度の形成過程と関って部分的には触れてきたが〔拙稿，2010〕，本稿では，衛生局による医療利用組合政策の形成過程を，1933年医師法改正・診療所取締規則制定を中心に検討してみたい。まず，33年医師法改正・診療所取締規則が制定された時代背景を明かにし（Ⅰ），医師法改正の内容とその意図するところを〔医師法—施行細則—内務省令である診療所取締規則〕及び〔勅令である医師会令〕—〔府県令である診療所取締規則〕という法体系に即して確認し（Ⅱ），このなかで，衛生局による医療利用組合対策がどのようにしてひとまず確定されるに至ったかを検討することにしよう（Ⅲ）。

Ⅰ 1933年医師法改正・診療所取締規則制定の時代背景

1. 1933年医師法改正・診療所取締規則制定の背景

33年医師法改正の根本精神は，帝国議会衆議院委員会における大島辰次郎衛生局長の発言によれば，「医業の統制と医風の向上」ということであつた〔帝国議会衆議院委員会議録（以下，議会議録），1993a，116〕。そして，衛生局が医事行政の主務官庁として負っており，また

国民の輿望である健康・衛生を確保するためには，自由開業医制の下で進む医師及び医療諸資源の都市への集中・集積傾向と農漁山村での無医村・無医地区の増大という偏在傾向に対処し，「医療の普及」をもってそれに資することもまた重要な政策課題として認識されていた。とりわけ，恩賜時局匡救医療救護事業が行われているという状況においては。こうしたことが目的となった背景には，大きくわけて二つのことがらがあった。一つは，「非医師による医療機関の設立・経営」，しかも「実費診療」あるいは「軽費診療」を掲げて営利を目的とする非医師が設立する医療機関が増加しつつあり，こうした医療機関に対する政策を確立し，医師会という「職能団体」を通じた医業の統制を行おうということである〔日本社会衛生年鑑，1934，5〕。この統制には医師自体による「自律的な統制」と，衛生局による「国家官僚統制」という二つの側面がある。もう一つは，社会局が各種の社会事業や医療保険，あるいは恩賜時局匡救医療救護事業などによって，農林省が医療利用組合行政によって，逋信省簡易保険局が簡易保険健康相談所等によって，様々に医事行政領域に関与しつつあり，やがて厚生省の誕生に至る医事衛生行政の統合一元化という大きな課題を背後にもちながら，医事行政の主務官庁たる衛生局の行政権限を再確立しようとしたことである。このことはまさに，医師及び医療に対する国家官僚統制ということと不可分の関係にあった。

2. 「非医師による実費診療機関」の簇出

「非医師による医療機関の設立・経営」ということがらには，さらに三つのことがあった。一つは，実費診療あるいは軽費診療を掲げて営利を目的とする非医師が設立する医療機関の簇出がみられたことである。いわゆる実費診療所は，大逆事件の後「施業救療の詔」がだされるに及んで，鈴木梅四郎が「防貧」を目的として内務省の許可を得て設立した「社団法人実費診療所」に始まる。社団法人実費診療所は医師会

が設定する診療報酬では十分な医療を受けることができない中産層以下の人々の興望を背景に東京（本部・本所・浅草）、横浜、大阪に支部を開設していったが、非医師による医療経営でしかも、医師会が設定する料金を下回る軽費＝実費診療を行うことに対する医師会の反撃を受けるなかで、内務省によって更なる支部の設立を制限（設立認可が得られないという事実上の禁止）されることになった¹⁾。しかしながら、軽費＝実費診療を求める社会経済状況が変わらない限り、同様の診療機関が様々な形で生み出されることになる。通信省や鉄道省あるいは国営企業の現業労働者を対象とするもの、通信省簡易保険局の健康相談所、自治団体が医療保護事業として無料及び軽費診療を行うもの、日本赤十字社や済生会等の救療とともに軽費診療を行うもの、宗教を背景とするものを含む各種の慈善団体によるもの、医師会が「医は仁術」のもと社会的な役割を果たすための軽費診療機関、全国労農大衆党や社会民衆党、あるいは労働組合や農民組合等が無産者医療運動の一環として設立した診療機関（日本無産者医療同盟の無産者診療所を含む）、帝大セツルメント診療部、はたまた、軽費＝実費診療を唱わないまでも医師会が設定する報酬以下の料金で診療する医療利用組合、そして、実費診療あるいは軽費診療を掲げて営利を目的として非医師が設立する医療機関等々（表1）[内務省衛生局, 1931]²⁾。医師会にとっても、衛生局にとっても大きな問題であったのは、実費診療あるいは軽費診療を掲げて営利を目的とする非医師が設立する医療機関であった。こうした医療機関のなかには非医師による医療行為がなされていることすらあった。関西地域を例にとれば、30年11月には、大阪にあった愛生会西野田・萩の茶屋・玉造診療所、平民診療所、生活費通減同盟鶴橋診療所等の8実費診療所が「関西実費診療連盟」を結成し、大阪府及び大阪市医師会に対して報酬規定を撤廃すること、自治団体及び公益法人による軽費診療の料金を一層低減することを求め、また大阪市中央部に連盟中央病院を建設するこ

と、「低料診療所」の全国的連盟組織を作ること、健康保険との直接契約を申請すること、さらに全国医師会の医業報酬規定撤廃運動を起こすこと等を決議した。ただ、既存の社団法人実費診療所支部等はこれには参加していない[医海, 30/11/29号, 12]。こうした非医師が設立する実費あるいは軽費診療所が増大し、その運動が拡大していくかにみえたが、大阪府衛生課は31年8月に、この関西実費診療連盟の中核にあった「愛生会」21診療所の「認可の取消し、申請の却下を断行」した。その理由は「各診療所には、毎常二、三名の無資格者を備入れてあって、之等の非医師が主として診療の実務をとりつつある事が判明」し、「粗悪診療は公衆衛生上有害」であったからであった。その裏面には大阪市医師会の「会員業務規程」違反による当該診療所及びその医師に対する「膺懲」行動があった[医業と社会（以下、医・社）、31/8/29号, 2]。愛生会は29年7月に元大阪府警部補、元大阪市役所吏員、売薬商、貨物運搬業者の非医師によって設立され、「医療の大衆化を標榜し、診察無料、薬価は一日一剤拾銭の低廉で」診療することとし、30年5月には「社会事業としての認可」を受けていた（31年7月、社会事業認可は取消）。また、愛生会は会員制で毎月拾銭の会費を徴収していたことにも特徴がある。会員数は約1万人に達していたといわれる[京都医事衛生誌（以下、京都医衛）、31/8号, 43- 4]。このことが非医師による実費診療機関の設立に大打撃を与えたことは確かであろう（大阪府下では、1915年から31年までに実費診療所を開設したもの177、うち廃業したもの65、取消21、行方不明1で、診療を行っているもの90であると報告されている[国沢健雄（大阪府衛生課長）、1932]）。

全国におけるこうした非医師による実費診療機関の状況は詳らかではないが、一例を挙げれば、30年9月ごろ、東京府下北豊島郡医師会では「実費診療の行為」を行うものが90名近くに達しており、「此の半数は医師に非ざるものの経営に繋がるもの」であり、また「医師にして

表 1 救療施設数推移

経営主体		官 立	公 立	法 人			その他の 団 体	私 人	計
				財 団	社 団	医師会			
無料診療機関	1928	1	32	74	55	27	44	7	240
	1929	6	43	82	56	36	49	18	290
	1931	8	41	84	55	54	28	16	286
軽費診療機関	1928		11	4	6	4	12	4	41
	1929	2	20	6	10	9	13	10	70
	1931	4	20	8	6	6	13	7	64
無料軽費診療機関	1928	3	24	26	28	19	15	4	119
	1929	4	32	26	30	23	25	9	149
	1931	7	65	42	62	26	32	14	248
計	1928	4	67	104	89	50	71	15	400
	1929	12	95	114	96	68	87	37	509
	1931	19	126	134	123	86	73	34	598

(注) 1) 調査では、結核、トラホーム、ハンセン病、急性伝染病の各種予防法および精神病院法による施設ならびに娼妓病院は除外されている。

2) 各項目、上段は28年12月31日現在、中段は29年12月31日現在、下段は31年 9 月 1 日現在。

(資料) 内務省衛生局『救療施設調』。上段出所『医海時報』29/ 7 /27号, 14；中段出所〔内務省衛生局, 1931〕, 下段出所〔内務省衛生局, 1933〕。

同会の規約を無視」する者に対して「数度警告」を発する事態があった〔医海, 30/ 9 / 6 号, 28〕。

こうした状況の下で、医師による医療行為の業務独占を確保し、公共団体や公益団体によるものを除いて（医師会はそれにすら異議申し立てをしたが）医師会による「診療報酬規定」を遵守させることで医業権を確保・擁護し、医業を統制することが医師会側の要求であり、かつ衛生局の課題でもあった。京都市においては、いわゆる「実費特殊診療所」が32年12月現在で20診療所存在していた（31年 9 月 1 日現在で「救療事業調」が行われているが、この時点で存在した5診療所はこれにでていない）〔京都医衛, 33/ 2 号, 2〕。京都府医師会は幹事会や定時総会において、赤十字社や簡易保険健康相談所など官公立及び公益法人の軽費診療とともに、こうした非医師が設立する実費あるいは軽費診療機関を「特殊診療機関」として繰り返し問題にした。後者については、第12次定時総会（32/ 1/23）での議論において、「表に社会救療を標榜し、その實は最も悪辣なる営利主義のもの」であるとし、「我々はこれが為に業務上に脅威を受け」ており、「社会の保健衛生上に対して、棄ておくことは由々しき問題」だと

した。まさに、開業医自らの医業権擁護という視点からの議論であった。ただ、31年の京都府令「診療所取締規則」によって、こうした実費診療所が「相当」「打撃を被った」ようであるとも報告されている〔同上, 32/ 4 号, 付録, 2〕。

同様の議論は各地域医師会でも行われており、31年10月に開催された関東東北医師大会では、東京府医師会提出の第一号議案として「実費診療事業の対策に関し日本医師会を通じて其の筋に建議するの件」がだされた。提案理由として「近時社会事業に藉口して所謂軽費診療を標榜するもの漸く多き」を加える状況があり、軽費であるために「粗診悪療を当然のこととし、全く医業の本質を顧みざる」ものであり、「医業の統制を紊るのみならず民衆をして医業の真髄を誤らしめ延いては国民保健上の一大危機を招来すべきこと明か」だとして対策を求めている。対策、要はその禁止・撲滅を求めている。実費あるいは軽費診療を行う特殊診療機関のうち、官公立もしくは公益法人のものは軽費診療をやめ「純然たる施療機関とすること」を求める議案が、同大会に提案されている〔医・社, 31/10/17号, 2〕。

3. 無産者運動としての医療運動の展開

「非医師による医療機関の設立・経営」の二つめは、日本無産者医療同盟によるいわゆる無産者診療所運動等、無産者運動・労農運動の進展とともに各種の軽費診療を行う医療機関が設立されたことである。こうした医療機関には医師個人名義で開設届がなされたものもあっただろうが、政党支部が何らかの組織を形成して診療所を開設すれば「非医師が開設する診療所」であった。日本無産者医療同盟の診療所は必ずしも「実費」あるいは「軽費」を名乗ってはいなかったが、医療同盟の「大会報告」に明記されているように、「無産大衆の安価な治療と正しい投薬」の要求実現を追求していたし、また「行動綱領」のなかに「診察料、治療費、往診料、車馬賃の暴利反対」を掲げていたことも事実である〔日本無産者医療同盟、1932〕。

大阪においては、29年2月に、在阪の社会民衆党、日本大衆党、関西民衆党など無産政党や労働総同盟などの労働団体を中心にして「医療社会化連盟」が結成された。弁護士小岩井浄や公衆病院の岩井弼次（31年11月に日本無産者医療同盟副委員長となり、大阪支部の中核的医師であった）も参加していることから、旧労農党関係者も加わっていたと理解してよいだろう。さらに、社団法人実費診療所の鈴木梅四郎（立憲国民党議員→革新倶楽部落選→中立落選→30年無投票当選→32年政友会落選、その後脱党）も出席し、「医学の進歩した我が国で無産者階級が十分医療を受けられないのは真に遺憾である」とし、「一日も早く実費、無料診療所の増設を希望する」とした。さらに、鈴木は年来の主張である「医業を国営となし、無産者にも十分な治療を受けさすべきである」と述べた〔医海、29/ 2/16号、12〕。しかし、医療社会化連盟は実費診療所の設立を主要な目標としていたのでは必ずしもなく、1) 原則として医療を国営又は公営とすること、2) 健康保険法を徹底的に改正し、被保険者を全勤労者にまで拡大すること、3) 医薬分業を即時実行すること、4) 医師報酬規定を撤廃すること、5) 公営実

費又は無料診療所を増設すること、6) 慢性病に対する公営無料診療所を増設すること、7) 無料健康相談所を設置すること等を要求項目としていた〔社会事業研究、29/ 3号、52〕。つまり、医療社会化同盟は医療の公営化あるいは国営化を展望しつつ、勤労者の医療アクセス権・利用権を確保し、その健康を守ることをめざしていたのであり、自ら実費診療機関を設立することは、目標実現に至る道程の一里程標にすぎなかったのである（また、全国大衆党は有力な医師たちと共同で、大原社会問題研究所所長高野岩三郎を理事長とする「無産者診療協会」を、31年2月に大阪で創立した〔医海、31/ 2/28号、15〕）。

とはいいながら、全国労農大衆党の場合には、31年7月の全国大衆党、労農党、社会民衆党合同実現同盟の三派合同による結成大会において決定した「全国労農大衆党政策」では、医療および衛生に関する項目としては、「労働」の項目として「健康保険法の改正、船員保険の制定」と、「社会」の項目として「実費診療所、無料病院、無料産院、無料託児所の建設、其の他診療機関の公有化」を掲げていただけである（同時に、「農業」の項目として「農会、産業組合及び漁業組合の廃止」を掲げていたことにも注意を要する）〔日本資料刊行会、(?)、531〕。表2によって、合同前後の時点での、大阪における無産者診療所設立の状況を確認できる〔大阪社会労働運動史、1989、1607-14、1787- 9、1951- 3；社会事業研究、31/ 3号、72- 3〕。また「無産者産婆会」も31年3月に結成された〔同上、31/ 4号、128〕。

こうした医療社会化同盟の結成は社会事業界を大いに刺激した。例えば、大阪府社会課が組織する大阪府社会事業連盟の機関誌『社会事業研究』において、「医療社会化」をめぐる様々な議論が展開されることとなった。医療社会化をめぐる議論は「昭和4年度の言論界に可なり強く現はれた」が、それに対する医師の態度は「従来のままの医術及び医業経営の上に立ち、旧来の思想と道徳の上に立って」「医師の

表 2 大阪における無産者診療所設立一覧

名 称	場 所	創立年月日
[社会民衆党系]		
社会民衆保健組合診療所	東淀川区天神橋	30年 7 月15日
港区無産者診療所	港市区岡元町	31年 3 月 4 日
社民病院	浪速区霞町	31年 3 月 5 日
[全国大衆党系]		
無産者診療所	港区夕風町	31年 1 月28日
朝鮮人无産者診療所	北区吉山町	31年 2 月14日
大衆診療所	此花区四貫島	31年 3 月11日
大衆診療所	南区西賑町	(申請中)
堺実費診療所	堺市北翁橋町	31年 5 月14日
大衆診療所	南区難波新地	31年 6 月 3 日
[救援会系]		
大阪無産者診療所	此花区茶園町	31年 2 月 1 日
鶴橋無産者診療所	東成区小橋南之町	31年 (?)
三島無産者診療所	三島郡吹田町	31年 4 月10日
[全農]		
森小路実費診療所	東成区森小路	31年 8 月26日
[総連合]		
江戸橋診療所	西区江戸堀下通	31年 (?)

(出所)『大阪社会労働運動史（第2巻）戦前篇・下』p.1610。

生活に対しては、たしかに革命を呼び起こす力を有しているところの社会的事情そのものに深く立脚し、深き思慮を医師と医業の将来にかけて之に善処せんとするの用意に欠けている」と批判された〔日本社会衛生年鑑, 1930, 9〕。

医療社会化同盟の運動から、さらに、大阪泉尾ビル実費診療所理事長と全国労農大衆党大阪支部書記長の両氏が中心となって31年10月には「医師暴利規程撤廃期成同盟」が結成された。この同盟は「大衆生活防衛の為に医師会の暴利報酬規程の撤廃其他医師の反社会行動糾弾の為に戦ふ」ことを目的とし、医師会の報酬規程の撤廃を要求し、必要な場合には自衛的診療機関を設置することもあるとした〔医・社, 31/10/24号, 6〕。こうした動きと前後して、大阪市医師会は30年 4 月に「貧困者に対する従来の救療規程を一般報酬規定に織込み患者又は患家の状況に依り無料又は軽費にて診療を為す」ことになった。これによって非医師が設立する医療機関が実費あるいは軽費診療を行うことが可能となったといえる。しかし、「無料又は軽費診療」の「標榜を為すは得ず」とされた

〔社会事業研究, 31/ 2 号, 90〕。さらに、診療報酬規定そのものを撤廃するか否かについて、「大阪市医師会診療報酬規程撤廃実施協議会」が設けられ、議論が継続された。これには、神戸市医師会が軽費診療を行う市立神戸市民病院の開設（1924年）問題を機に診療報酬規程を撤廃した〔鈴木梅四郎, 1929, 190- 1〕という事情も影響しているが、健康保険法実施による診療契約と診療報酬のあり方、あるいは31年から施行された救護法による医療扶助の診療報酬のあり方（済生会の救療報酬額に準拠する）〔医・社, 31/ 8 /22号, 2〕、その他の社会事業の医療扶助における診療報酬のあり方など、医師会の診療報酬規程とは異なる低額の診療報酬契約が政府＝社会局との間でなされてきたことも大いに関係していた〔宇多弘道（大阪市医師会業務報酬規程調査委員会委員長）, 1930〕。さらに、医師会の内部でも、「現代医界の危機は『大衆対医人』の共立し得ざる点に胚胎」するのであり、その「両面関係の調和並に両者共立の維持」のための諸方策を実現することを主張し、「醒めよ医人！」と呼びかける「大日本

Oct. 2013

内務省衛生局による医療利用組合政策の形成過程

医界刷新連盟」が設立され、「医業報酬規程撤廃」を高唱した〔医海、30/ 5 /22号、11；30/ 9 /27号、16〕。

こうした医療界の状況に対して、また医療分野に対する社会局や保険局の関与が強まるなかで、医事行政の主務官庁である衛生局がどのように医業を統制していくのか、そして国民の健康衛生をめぐる行政のあり方如何ということが極めて重要な課題となっていた。そしてさらに、無産政党や労働団体・農民団体が展開した政治的な大衆の医療運動にどのように対処するのも重要な政策課題であった。

4. 医療利用組合運動の飛躍的發展

「非医師による医療機関の設立・経営」の三つめは、医療利用組合運動が大いに發展し、都市あるいは市街地に複数の診療科をもつ病院を設立する広区域単営組合が誕生したことである。とりわけ、東京医療利用組合の設立や、訴訟にまでなった利用組合多摩相互病院の場合にもみられるような医師会との激しい対立関係が与えた影響である。医療利用組合をめぐっては、医療の普及によって国民保健衛生の向上を図るにあたって医療利用組合をどのように位置付けるかを模索する衛生局と、農山漁村経済更生運動においてもまた都市における中産層以下の人々の医療・健康の確保のために医療利用組合を發展させようとする農林省との間に考え方のうえでの対立関係があり、さらに行政権限をめぐる対抗関係が伏在していた。

衛生局及び日本医師会が32年に行った医療利用組合調査によれば（32年7月現在）、1府18県に、町村兼営組合23組合、広区域単営組合11組合が存在した（事業休止中のもの2、助産婦利用のみのもの2、実質上は個人経営のもの〔神野新田組合、拙稿、1992〕を含む）。このうち、都市を中心に設立されたものは5組合、町を中心に設立されたものは7組合（うち報告未着1組合、休止1組合、助産婦利用のみ2組合）、村を中心に設立されたものは22組合であった。都市あるいは町を中心に設立された組合

のほとんどは広区域単営組合であり、入院設備のある医療機関を経営するものであった。そのため、そのすべてが「所在地医師会ノ強行ナル抗議ヲ押シ切ツテ設立」されたものであり、あるいは「郡医師会ト問題ヲ生ジツツアルモノデアル」と報告されており、これらの組合は医師会による医業権擁護のための反医療利用組合運動に抗して設立されたものであった。村を中心に設立されたもののうち、7組合は「医師ナキ為」であり、12組合は「医師アルニモ関ラズ」設立されたものであった。「医療機関不備ノ為メ設立セラレタルモノハ村民ノ保健上当然ノコトニシテ且ツ医療報酬規程モ郡医師会ノ規程ヲ準用スルニ於テハ問題トナルベキ筈ナリ」と医師会はみていた。つまり、医療利用組合がどのような土地の状況において、医療機関の分布において、交通関係において、そして郡医師会の規程を準用するか否かにおいて設立・運営されるかが、医師会にとって極めて重要な問題であったのである〔日本医師会、1932、9-10〕。医療利用組合と従業する医師との関係は、事業を行っている組合27のうち、雇用関係にある専属は18、嘱託は8、専属と嘱託を兼ねるものが1であった。農村部にある組合の場合には嘱託給あるいは歩合制がとられていた〔同上、18〕。医師会中央は医療利用組合運動の状況について、「産業組合運動ニ於テ組合事業ノ拡充ニ伴ヒ医療機関ノ設置数モ亦漸次増加スベキハ農村疲弊ノ現状ト医師ナキ農村ヘノ医療普及運動ト相俟ツテ当然予期」されることであるが、都市や市街地に病院を設ける広区域単営組合のように経営困難な農村よりも「医療機関ノ完備セル都市ハ比較的経営容易ナルガ故カ、医療部ヲ其ノ主要ナル目的トスル産業組合ガ簇出スルノ傾向」にあることに警戒感を示した。そして「斯種組合ハ『産業』ト云フ美名ノ仮面ヲ被リ法ノ欠陥ヲ利用シテ実費診療」を行い、「民衆ニ迎合シテ営利ヲ貪ラントスル実費診療所」と何ら異なるものではないと論難した〔同上、2-3〕。ここには、医療利用組合が自らの医業権を犯すものでない限りで許容するが、そうでな

表3 医療利用組合の料金と医師会報酬規程との関係

医師会の規程に準拠する組合	13組合
医師会の規程に準拠しない組合	14組合
(内) 健康保険に準ずる組合	1組合
医師会規程の8割5分	1組合
医師会規程の8割	3組合
医師会規程の7割6分	1組合
医師会規程の7割5分	1組合
医師会規程の6割	2組合
医師会規程の5割	4組合
医師会規程の4割	1組合

(出所) [日本医師会, 1928, 16-7]。

ければ法的にも疑念のある存在として峻拒するという医師会の姿勢が現れている。医師会にとって最も関心が強い事項である医療利用組合の診療報酬規程と医師会のそれとの関係は表3のようになっていた。事業を行っていた27組合のうち医師会の報酬規程に準拠するものが13組合で、準拠せずそれよりも軽費の診療報酬であったものが14組合で、ほぼ半々であった。医師会規程の半額以下のものが5組合あったことには注目しておいてよい。医師会はいくつかの状況をさして医療利用組合が実費診療機関だと表現しているが、必ずしも全ての組合が軽費診療を行っていたのではなかった。医療利用組合の基底にあったのは、自らの生活圏域に医療資源を確保することで、「敏速ニ医薬ヲ供給シ（安価ニ）其不幸ヲ救済慰藉シ共存同栄ノ實ヲ挙」げるという人々の要求であった（瀧田信販購利組合（千葉県）と発志院信販購利組合（奈良県）の「診療所規程」「組合診療規程」の第1条に共通する文言。「安価ニ」は発志院組合のもの〔同上, 36, 39〕）。こうした状況のなかで、医師会側は、医療利用組合の員外利用を認めないだけでなく、産業組合による利用事業から医療設備を除くなどの産業組合法の改正、非医師による医療機関の設立を防遏し、医師会の統制権限を強化する等の医師法及び医師会令の改正を求めることとなる。衛生局にとっても、農林省の産業組合政策・医療利用組合政策と対抗しつつ、自らの行政権限を明確にし強化するためにも、これらの要求・課題に取り組まざるをえない事態

となっていた³⁾。

この時期の医療利用組合をめぐる重要な問題に、「八王子事件」といわれる「第一八王子実費診療組合」（29年9月開所、その後32年6月に医療利用組合としての認可を受け「利用購買組合多摩相互病院」となる）と地元の八王子市南多摩郡医師会との争いがあった。八王子実費診療組合は社会運動家関田清五郎が組合長となり、産業組合法の認可を受けない民法上の任意的組合として組織されたものであった。その目的は「組合員此等の家族及び其の使用人が疾病又は傷害に罹りたる場合低廉なる費用を以て優良なる医療を為すこと」にあった。低廉なる費用を掲げ、診察は無料であり、「一般開業医の殆ど半額の費用で完全な治療が出来る」という。「組合員の出資金は平等に一口一円」で、組合員総会で経営運営事項を決定し、組合が存続する間は「配当を為さ」ないという、非営利の「協同組合」であった⁴⁾。診療所の日常的な経営には社団法人実費診療所の鈴木梅四郎が関与し、診療に従事する医師、看護師、事務員も実費診療所で経験を積んだ者であった〔医海, 30/1/18号, 10-1〕。この実費診療組合に地元医師会は強い警戒感を示し、「医師会規程の遵守」を再三要請した。これは医師会の懲戒権を背景に診療所に勤務する医師に医師会規程を遵守させることで、非医師が開設経営する医療機関のあり方を制約、統制し、あわせて医師会の報酬規程を遵守させることで実費あるいは軽費診療を困難にすることを意図したもので

Oct. 2013

内務省衛生局による医療利用組合政策の形成過程

あった。医師会側の態度は強硬で、実費診療組合側が要請に応じないため、30年7月の総会で、医師会令及び同医師会会則によって診療組合勤務医師4名に対して「本会会員たるに拘わらず会則及規約を無視し軽費診療を標榜して」「診療に従事」したことについて「過怠金」を科すという制裁を行った〔同上、30/8/16号、14〕。そして、過怠金の支払いを求める民事訴訟を起こした。下級審では、被雇用者である医師の診療行為と医師を雇用する診療所の経営行為とを峻別し、被雇用者たる医師は医師会のこうした過怠金の請求対象とはならず、「過怠金徴収の議決した医師会の決議は不当で無効」だとし、医師会が敗訴した。しかし、大審院では、医師会の議決の正当性の判断・審査はそれを監督する地方長官の行政権限であり、司法は関与すべきではなく「司法裁判所は単に医師会の議決の存否および過怠金の支払いなるや否やを審査し得るのみ」という法理解から、医師会の訴えを認めた。これに対して、実費診療組合側は東京府知事に対して「医師会による懲戒過怠金請求の決議取消」処分を行うことを要求した〔医療組合運動、32/10/15号、6〕。東京府知事は八王子市南多摩郡医師会の懲戒決議（30年7月）についての監督官庁としての行政判断をすぐには行わず司法判断のゆくえを見守っていたが、大審院での判決（32年9月）をうけ33年5月に「懲戒決議取消」の行政処分を行った。府知事による判断の論理は下級審のそれと同じで、「組合に於て患者より徴収する診察料、薬価は組合に於て之を決定し徴するもの」で被雇用者である「医師の関与する所に非ず」ということであり、「医師会の議決は不法の議決」であると結論づけた。医師会側はこれに納得せず、内務大臣に対して府知事による「議決取消行政処分」の取消を求めて訴願を行った。内務省では33年6月に起案を行い、衛生局の意見を取りまとめ、省内の審査委員会を経て、34年5月に府知事の行政処分を相当とする旨の内務大臣の「裁決書」を発した〔医海、34/5/12号、31-2〕。最終判断は33年医師法改正以降にず

れこんだが、非医師による医療機関の開設経営及びそこに雇用された医師の医療行為のあり方と医師会との関係をどのように考えるかという重要な課題がそこにはあった。

さて、この時期には様々な「会員制」あるいは任意組合の医療機関を設立する動きがあったことにも注目しておいてよい。名古屋では予備軍人が中核となって「共存共栄の本義に基づいて自助的保護機関」であり「会員相互に低廉で優良な医療を受け得る方法」として「名古屋相互診療会」を設立することが計画された〔同上、30/8/16号、15-6〕。また、東京では株式会社組織による実費診療機関として「早稲田実費診療所」が計画された〔同上、30/9/6号、28〕。さらに、東京医療利用組合の設立運動がまさに進められている時に、キリスト者で社会運動家そして尾崎行雄の盟友でもあった田川大吉郎を理事長に予定し、菊池寛・川端康成・横光利一・加藤武雄・早坂二郎（初期新人会メンバー）・新島栄治（初期プロレタリア詩人）・島中雄二・佐々木俊郎・古瀬長栄といった作家・出版人・ジャーナリストと、西謙一郎・向井又吉・坪井秀満・野尻與顕（産児制限運動に関与）・蓮田茂（戦後、日本医師会幹部）といった医師等が発起人になった「有限責任利用組合協同病院」が産業組合法による設立認可を受けるべく運動を続けていた（31年7月から設立準備を開始）。その「設立趣意書」（32年4月）によれば、「資本主義的組織の下に経営される一切の病院は完全に営利化し我々勤労階級には固く門戸を鎖して居り」「吾等の信頼するに足る医療機関は絶無と云っても過言ではない」。したがって「我等の健康は最早我等自身の団結協力によらなければ防護出来ない」。そこで「我々は相互扶助の精神に自覚し」「全生命を託し得る理想的な医療機関を有ち、幸福な社会生活をおくりたい希望」を実現しようと呼びかけ、そのために「合理的な協同経済組織」によって「利用組合病院」を設立することを訴えた〔医・社、32/4/27号、5〕。生活協同化による医療の確保と健康の維持増進。これがま

さに、この時期の「時代情況」の重要な一面だったのである（芥川龍之介が1927年の遺稿「齒車」に「コオペラティヴ」を登場させた、彼の時代認識・時代感覚に想いを致してもよいだろう）。

Ⅱ 1933年医師法改正・診療所取締規則の内容

1. 1933年医師法改正の要点

33年の「医師法改正は我が国の医師制度、医療制度に大改革を齎したもの」〔亀山孝一, 1939〕と言われたほど自由開業医制に大きな影響をもったものであり、さらに当時の医務課長をして「事が医師の取締に重点を置かれて居る」〔白松篤樹, 1939〕ものであったと後に言わしめたものであった〔改正当時は開業医制を擁護するものとしての解説がなされていた。池田清志, 1935b〕。そして、改正後、医師法は〔医師法—施行細則—内務省令である診療所取締規則〕及び〔勅令である医師会令〕—〔府県令である診療所取締規則〕という法体系の下で施行された。したがって、33年医師法改正の内容及びその意図することを理解するためには、この全体系について検討しなければならない〔諸法令について『医制八十年史』資料編を参照〕。

さて、衛生局の管轄に関わる法律の制定改廃案は、省内の法令審査会の議を経て、中央衛生会に諮問される。この中央衛生会には日本医師会会長が委員として加わっている。したがって、帝国議会に提出される原案については、基本的には、日本医師会の意向が反映され、その同意あるいは了承がなされていたとみることができる。医師法改正案について、日本医師会は緊急役員会で、医師なき村への医療の普及を意図した地域ごとに開業医数を制限する「限地開業医制」に大体反対するが省議のゆくえを見守り再協議するほか、施行規則改正案中の「官憲が随時診療簿を査閲し得る」ことに絶対反対するという態度を確認した〔医・社, 32/12/21

号, 5〕。さらに、医師会中央は「非医師の医療経営絶対禁止は強調せざるべし」という態度をとり、「診療録の査閲は査閲員の資格条件を政府に於いて厳守」すること等を求めるとしたうえで、概ね医師法改正案を受け入れた。しかし、その後、官公立のものを除き非医師による医療機関の開設を認めないことを求める運動がいくつかの医師会を中心に巻き起こった〔同上, 33/ 2 / 1 号, 2 ; 同上, 33/ 2 /15号, 2〕。帝国議会においても、衆議院と貴族院とで議決が異なり、両院協議会において最終決着をみるに至った。こうした立法過程の詳細はここでは割愛し、本稿の主旨に関する限りで触れることとしよう。

医師法改正の要点は、第一に、診療所の定義において病床10床以上を有する「診療機関」を「病院」として区分し、その設立については、設立主体が医師・非医師を問わず、地方長官による認可制としたことである。そして、認可申請の際に提出すべき事項を明示し、さらに、診療所及び病院の構造設備基準を定めたことである。これらは、次の医師法第4条ノ2の規定をうけて、内務省令である診療所取締規則で定められた。

第二に、公共団体を除く非医師による診療所の開設については地方長官による認可制としたことである。この点（医師法第4条ノ2）が33年改正の最大の焦点であった。政府原案では「診療所の開設、構造、設備及管理に関し必要な事項は命令を以て之を定む」となっていた。衛生局の考え方は、わが国の医療制度において開業医制が根幹にあるという認識をもちながらも、医療機関の開設は医師であるか非医師であるかに係わらず「自由」になしうることであった。但し、医師による診療機関の開設は「届出」でよいが、非医師によるそれは地方長官による「認可制」のもとにおき、「其人物、信用、資産」等について審査し、「医療ノ診療所ヲ正シクヤツテ」、「医風ヲ素ス」ことがないよう「医業ノ統制」をしようという医事警察的な考え方であった〔議会議録, 1993a, 50,

Oct. 2013

内務省衛生局による医療利用組合政策の形成過程

76]。これに対して、衆議院委員会では、「非医師による医業経営に絶対反対」し、自らの医業権を擁護しようとする開業医の利害を反映した意見が続出し、開業医が「我国古来ノ伝統的精神」である「慈恵任侠ノ精神ヲ以テ、其ノ業務ニ当ルコト」ができる状態こそ、「医風」を向上することになるとして、「非医師が営利的ノ目的ヲ以テ診療所ヲ開設シテ、医師ノ美風ヲ破壊スルコトヲ防止スル」ために、政府原案を修正し「医師ニ非ザレバ診療所ヲ開設スルコトヲ得ズ但シ命令ヲ以テ定ムル場合ハ此ノ限ニ在ラズ」とした。これは、公共団体等を除き、非医師による医療機関の開設を禁止しようとするものであった[同上, 163]。衆議院ではこうした修正がなされたが、貴族院においては政府原案が可決されたために、両院協議会で再修正がなされ、医師法第4条ノ2は「医師ニ非ザル者（公共団体ヲ除ク）診療所ヲ開設セムトスルトキハ命令ノ定ムル所ニ依リ地方長官（東京府ニ在テハ警視總監）ノ許可ヲ受クベシノ前項ニ規定スルモノノ外診療所ニ関シ必要ナル事項ハ命令ヲ以テ之ヲ定ム」とされた[同上, 648]。衛生局の意向は法規定に十全に反映されたといえる。この規定の後段に基づいて、33年内務省令第30号として「診療所取締規則」が制定され、府県ではこれに準拠して府県令である「診療所取締規則」が改められていった。これによって府県の医事警察機能が強化されることにもなった。

この第4条ノ2によって、衛生局は、「医療設備」利用を行う医療利用組合の設立認可に際して、産業組合行政の主務官庁である農林省の行政権限に対して、医事行政の側面から大きく関与する権限を持つこととなった。衛生局は医事行政の主務官庁として、そもそも医療設備利用を行うことが産業組合の利用事業の範囲に含まれることに疑念をもっていたのであるが。こうした事態に対して、医療利用組合や農林省の側からは、医療利用組合は農林省が認可するものであるから条文にいう「公共団体」に準ずるものであり、地方長官による許可制の対象とな

るものではなく、届出制の下にあるものとの主張がなされた。これに対し、衛生局は貴族院特別委員会での「産業組合の利用とか、是は農林大臣が許して居るのであるから、そう云ふ法律上立派な基礎のあるものを除くと云ふやうに明瞭に除外」することを求める議員の質問への答弁で、「産業組合に依ります医療組合」など「其の基礎とか信用とか云ふものが既に他の法律に依りまして確かなもの」については「単に医療上差し支えないかどうかと云ふことを審査」して「許可」することになるとした。農山漁村経済更生運動において産業組合が重要な柱に位置付けられるという状況のなかで、医療利用組合の「公益的性格」を認めながらも、医師法がいう公共団体からは除外した[医・社, 33/ 4/12号, 2; 医療組合運動, 33/ 4/15号, 2]（医療利用組合側は、衛生局が非医師による医療機関の開設に係わる認可権限をもつことが自らのような「社会的医療機関がこの命令によって全くその機能を喪失され、その本来の使命を全うし得られざる」状態に立ち至ることを危惧し、医療社会化を阻害する条文を改正するか、削除することを「全国医療組合協議会声明」で要求していた[医・社, 33/ 2/ 1号, 4]）。33年10月の道府県衛生課長会議でも、診療所取締規則省令案の説明中で、「公共団体の範囲は市町村は勿論、医師会、歯科医師会、薬剤師会等である」とし、医療利用組合を除外している[同上, 33/10/ 4号, 3]。農林省は衛生局の取扱いに反発し、33年10月6日付で地方長官に発した農林大臣訓令「農山漁村経済更生督励に関する件」とあわせて、「今後農村における経済機構はすべて産業組合に依って統制」していくことは国策なのであり、医療利用組合を「公共団体から除外するが如きは認識不足の甚だしいもの」だとし、「医療組合は社会政策上重要な部門であるから本省として慎重に扱っている」と小平権一経済更生部長が語ったと伝えられた[同上, 33/10/11号, 7]。その後も両者間の対抗関係は継続した。

医師法改正は第三に、広告規制をより厳密化

し、新たな禁止項目を「施行規則」で列举した。「施行規則」第10条ノ2の第1号に「無料診療、軽費診療、実費診療其ノ他医業報酬ノ低廉ナルコトヲ示ス事項」が明記され、官公立や社団法人など公益法人立、その他の「地方長官（東京府ニ在テハ警視總監）ノ許可ヲ受ケタル」ものを除く、いわゆる実費診療所の存在を、事実上、困難にした。このことは、5)の医師会機能の強化及び府県令である診療所取締規則と相まってより明確な法規定とされ、営利を目的とした非医師による実費あるいは軽費診療所が存在する余地をなくしていった。「医業の統制、医風の向上」という点からして、医師会にとっても、衛生局にとっても極めて重要な意味をもつものであった。

医師法改正は第四に、必要時に診療録の衛生官吏による査閲を可能にした。この点もまた衆議院委員会で大いに議論になった。そこには、行政官吏、とりわけ医事警察を司る警察による恣意的な診療録の査閲が行われ、医師の守秘義務を犯し、医療行為を歪め、また査閲によって得た情報の政治的利用に道を開くのではないかという疑念があった。内務省令である診療所取締規則が地方長官による医療機関に対する監督権限を明確にする予定であったこともあり、一層、官吏による診療録の査閲に反対する議論を強めた。衛生局は、この条項は、医師あるいは医療機関が法令を犯している恐れがある場合に、医療に関する専門的能力をもった衛生官吏による診療録の査閲を可能にするものであり、厳格に限定された状況下でのみ行われることであるとした。衆議院委員会はこのことを確認するための付帯条件を決議した。

医師法改正は第五に、医師会機能を強化した。改正医師法の第9条が「公私立ノ診療所ニ於テ医業ニ従事スル医師ハ其ノ診療所ノ所在地ヲ区域トスル郡市医師会ノ会員トス」と規定することで、公共団体が設立するものも含め非医師が設立する医療機関で診療を行う医師の医師会への加入が強制された。さらに、医師法改正に伴って勅令である「医師会令」も改正され、

第18条「医師会ニ於テ議決シ又ハ施行シ得ル事項」に6号として「医業報酬ノ標準額ニ関スル事項」を加えることで医師会の権限領域を拡大した。これによって、非医師が開設する医療機関の医師も、診療報酬に関しても、医師会の規定に服さざるを得なくなった。職能団体としての医師会の権限が強化され、医師内部における医業の統制と医風の向上が図られると同時に、医師会に対する監督指導を通して衛生局による医業の統制が一層貫徹することとなった〔白松篤樹、1935〕。

2. 府県令である「診療所取締規則」

医師法によって診療所の取締及び管理監督として「非医師による診療所の開設」の認可は内務官僚たる地方長官が行うこととなった。したがって、各府県令である「診療所取締規則」がどのような規定を設けているかをも検討しなければならない。医師法改正前と後とで、こうした診療所取締規則がどのように異なっているかを比較することも必要であろう。しかし、ここでその全てを検討するに足る史料を持ち合わせていないので、ほんの一二の例に徴してこれを試みてみよう。

33年医師法改正以前における府県令である診療所取締規則の性格について、大島衛生局長は帝国議会において「法律ニ基カザル警察命令デアリマスカラ、単ニ危険防止ノ点ダケデ拒否ヲ決スル」ような医事警察的性格であることを繰り返し述べ、改正後に地方長官が有することになる非医師が開設する診療所に関する許可権限の下での診療所取締規則は自ずからその性格が異なるものになることを示唆した〔議会議録、1993a, 76〕。

府県令である診療所取締規則の事例を京都府にとって、33年医師法改正前と後とを比較してみよう。その前に、33年医師法改正の内容を先取りし、改正後に各府県で定められた診療所取締規則のモデル、ある意味では「模範規則」となった鳥根県の事例をみておこう。28年4月20日付の鳥根県令第39号「診療所規則」は、医師

会側からは実費あるいは軽費診療を掲げる非医師による医療経営を事実上禁止する取締規則として大いに注目をあびた⁵⁾。この規則の対象となるのは、第1条に「本令に於て診療所と称するは公衆の需めに応じ診察治療を為す場所にして医師又は歯科医師に非ざる者の経営するものを謂ふ」とあるように、非医師が開設経営する医療機関である。そして、非医師が医療経営を行う場合には、経営者に関する事項、診療所の所在地や診療科目・構造等に関する事項、医療行為を為す医師・歯科医師・薬剤師等に関する事項、診療所の維持方法に関する事項を具し、知事の「許可」を受けることを必要とした(第2条)。この時点での医師法の規定(届出制)とは違って、島根県診療所規則は非医師の医療経営について許可制とすることで、県の医事警察権限を強化した。認可申請に際して明記すべき事項の中には薬価及診療料金額は含まれないが、それは第10条で「薬価其の他診療料金額は其の所在地に於ける医師会又は歯科医師会の薬価其の他診療料金額に依るべし」と定められている。これによって、県による特定の認可を受けない限り、医師会が設定する診療報酬額を下回る薬価及診療料金額＝実費あるいは軽費診療を行うことができないことになり、非医師による医療経営が医師会による統制に服さざるを得なくなった。まさにこの島根県診療所規則は開業医の医業権擁護、医師会の診療報酬規程擁護の要求にそったものであり、非医師による医療経営が実費診療、軽費診療を行うことを事実上禁止したものとなっている[医海, 29/ 4 /27号, 12]。

京都府では、31年10月1日付で府令第108号「診療所取締規則」が公布された。その第1条に「本令に於て診療所と称するは公衆の需めに応じて診察治療を為すものにして医師(歯科医師を含む)に非ざる者の経営に係るものを謂ふ但し公共団体又は公益法人の経営に係るもの並に専ら施療を為すもの及他の法令に依るものを除く」とあり、非医師が開設経営する診療所を対象とした取締規則であることが分かる。非医

師が診療所を開設する際には、経営者および医師や薬剤師についての事項、診療所の名称・住所及び平面図についての事項、診療科目・診療時間等診療内容についての事項、薬価及診療料金についての事項、診療所の維持方法についての事項等を具して「届出」することとした(第2条)。「届出書」は所轄警察署を経由して府に提出する(第9条)。第7条では「必要ありと認むるときは官吏又吏員をして診療所又は出張所を視察せしむる」とし、府による立入査察権限を明記した。そして、第8条で業務に関して「本令若は他の法令に違反し又公安を害し若風俗を紊す虞」がある場合には業務停止を命ずることがあると規定した[医・社, 31/10/17号, 3]。先の島根県の事例とは異なって、非医師による診療所の開設は届出制であって、薬価及診療料金額についても特段の定めはなかった。この時点での京都府診療所取締規則は、大島衛生局長が議会で述べたごとく、危険性を回避し、公安秩序を維持することを主要に意図した医事警察としての内容をもつものであった。

それに対して、33年医師法改正・内務省令「診療所取締規則」制定後の京都府「診療所取締規程」は、その内容、その性格を変える。34年2月27日付で京都府令第10号「診療所及歯科診療所取締規程」が定められた。この規程はもちろん改正医師法及び内務省令「診療所取締規則」を前提としたものである。医師法によって非医師が開設する診療所は地方長官による開設許可を必要とし、医師法施行細則によって実費を掲げたり、広告することはできなくなった。京都府令「診療所取締規程」は第9条で診療所の開設にあたって「専ら営利ノ目的ト認メラルモノ」は許可しないことを明記した。そして、第23条で「医師ニ非ザルモノノ開設スル診療所ニ於ケル医業報酬ハ其ノ診療所所在地ノ郡市医師会ノ標準額ニ準拠スベシ但シ開設ノ目的ニ依リ知事ノ許可ヲ受ケタルモノニ在テハ此ノ限ニ在ラズ」と規定し、医師会が設定した診療報酬額を下回る実費あるいは軽費診療を旨とする診療所の開設はできないこととなった。ま

た、上述した改正医師法第9条の「医師会会員」規定、及び、改正勅令「医師会令」第18条の「医師会議決事項」規定によって、非医師が開設経営する医療機関の医師も、診療報酬に関しても、医師会の規定に服さざるを得なくなった。

この「規程」によって既存の実費診療所は「実費」という名称を使用することを1940年末をもって許されないこととなり、診療所側は漸次、実費という名称を使用せずに新たな規程による診療所としての許可を受け、経営するようになったという〔京都市庶務部社会課、1935、47〕。また、「非医師の実費診療所は孤城落日の頽勢」となり、京都府下では32年から35年4月ごろまでに非医師による実費診療所が67ヶ所にのぼったが、その後、不正診療あるいは偽医師等の問題、さらに新しい「規程」に拠る府警察部の厳重な取締によって経営不振となり、「府下67ヶ所のうち一般診療所39ヶ所、歯科6ヶ所の合計45ヶ所は既に閉鎖し、現在では僅か22ヶ所となった」と伝えられた〔京都医衛、35/4号、37〕。衛生局の側からは、医師法改正による「医業の統制と医風の醇化」という目的は、このように果たされたとみてよいであろう⁶⁾。さらに付け加えておけば、医師法改正は、無産政党や労働団体・農民団体の大衆的保健制度を求める政治的な医療運動に対して、実費診療の面に楔を打ち込み、認可制と相まって、運動の効果を削減し、その政治的影響を奪うことで、弾圧を加える役割を果たしたとみてよいだろう。

Ⅲ 内務省衛生局の医療利用組合に対する認識と政策

1. 衛生局における医療利用組合に対する疑念

町村産業組合の兼営事業としての医療利用事業がいくつかの地域で始まり、それぞれの地域で医師会との間で紛糾を生じ、医療利用組合の開設認可をめぐる地方行政内で医事行政を司る衛生課と産業組合行政を司る農林課（あるいは

は商工課）との間で対立を惹起してきた。医療利用組合運動が広区域単営組合段階に発展すると、その運動は市街地あるいは都市地域での事業展開となり、医師会との紛争は一層激しいものとなり、産業組合の他の事業分野における反産業組合運動と同様に、反医療利用組合運動に直面することとなった。首都東京における東京医療利用組合の設立をめぐる問題は、こうした対立関係を一挙に全国的なものとした。衛生局も、それぞれの案件ごとに開業医を根幹とするわが国の医療制度を維持・発展すべく対応していったのであろうが、医療利用組合に対する明確な方針を確立していたとはいえない。

衛生局の医療利用組合対応は、医師会の反医療利用組合運動からみると、当初はいささかのんびりした感じのものであった。亀山孝一衛生局事務官は、31年8月の医療利用組合に関する文章で、東京医療利用組合の設立パンフレットをみて「医療利用組合ノ設立ノ趣旨」は「首肯サセラルル」ものだとしうえて、二つの法律上の問題を提起している。一つは、医療利用組合が一定の金銭を拠出して組織されるのであれば「疾病保険ノ一種ト見ラレルノデ保険業法ノ適用ヲ受ケル」ことになるのではないかとし、主務官庁たる商工省の認可を要することになり、「株式会社又は相互会社」という企業形態をとらざるをえないのではないかという疑問を提示し、その検討が必要だとした。この点については、群馬県渋川村で「一種ノ医療組合」を設立しようとした際に、商工省がそのような判断をした事例があった。さらに、会費納入を要する会員制の「名古屋相互診療会」に対しても商工省は保険業法に違反する（10万円以上の資金を有さなければ「疾病保険組合」にはなれない）のではないかと判断するという報道もあった〔医海、30/9/6号、11〕。もう一つの問題は、この時点の医師法施行規則では診療所を「公衆ノ需ニ応ジ診察又ハ治療ヲ為ス場所」と定義しているが、「組合員ノミヲ診療スル」医療利用組合を公衆すなわち不特定多数人を診療する医師法上の診療所とみなすことができるか

Oct. 2013

内務省衛生局による医療利用組合政策の形成過程

ということである。医療利用組合の診療所が医師法にいう診療所に該当しないのであれば、そこで診療を行う医師は開業届出をする必要もなく、医師会に加入する必要もないことになり、衛生局や医師会による医業の監督・統制に服さないことになる。亀山の文章からは、衛生局に明確な医療利用組合政策は存在していないこと、その前に医療利用組合という存在そのものの合理的な合法的位置がどこにあるかを疑問視していることがわかる。こうした疑問・疑念はその後も衛生局内に存在し続けた〔亀山孝一、1931；池田清志、1935a；亀山孝一、1935〕。

2. 医師法改正過程における医療利用組合をめぐる衛生局と農林省の対抗関係

33年2月10日の日本医師会評議員会で、内務省側から帝国議会に提出する医師法改正案についての説明が行われた。様々な議論や要望がなされたが、「日医は政府案全部を支持」と報道された。この場で改正案の趣旨説明を白松篤樹医務課長が行い、質疑のなかで「産業組合の件は未定か」という質問に対して「然り」と答弁したと伝えられた。ここで産業組合の件というのはもちろん医療利用組合のことである。医療利用組合も非医師による医療経営であるから、その開設に際しては地方長官による許可を要するわけで、地方長官といいながらも設立認可に関わる意思決定を誰が、つまりどの部局（衛生課なのか農林課なのか、内務大臣が関与するのか農林大臣が関与するのか）が主要に関与して行うのか、そして、設立認可基準はどのようなことか、が大いに問題とされた。医師会側の意向は、日医顧問・九州医師会長が発言のなかで、九州医師会が医療利用組合について「内務大臣に許可、監督の権限を置く」ことを要求していることに端的に表されている。白松医務課長はこの場では未定としているが、衛生局内部では医療利用組合に対する考え方を固めつつあったように思われる。それは、農林省側から医療利用組合に関して「内務大臣の監督や地方長官の許可を必要とせむやう法文上で瞭かにして

貫い度いという交渉」が強くなされている状況に触れつつ、白松医務課長は「医療行政の統制上内務省に権限を置き度いと希望して居る」と説明しているからである〔医・社、33/2/15号、2-3〕。

33年3月の第64回帝国議会衆議院の委員会審議において、大島衛生局長は、審議の早い段階で、「現在ノ社会ノ状態カラ申シテモ、公共団体或ハ農村ニアル医療組合ノヤウナモノガ漸次普及シテ参ルコトハ、世ノ中ノ勢ヒカト存ジテ居リマス」と述べ、社会状況からして「農村ニアル医療組合」についてはその存在理由があることを認め、医療普及上「支障ナイモノデアルナラバ、サウ云フモノガ出来マスレバ、是ハ寧ろ適当デハナイカト云フ風ニ思ッテ居ル」とさえ述べている。この発言からすれば、医師法改正によって非医師による医療機関の設立が地方長官の認可制になることと相まって、衛生局が「医療普及上支障」がないと判断する限りにおいて、しかも、農村部における、ということは町村兼営医療利用組合に限って、その設立を認可するということになるだろう〔議会議録、1993a, 47〕。但し、それは「政府カラ積極的ニ、サウ云フモノヲドシ無闇ニ奨励スル意味デハナイ」〔同上、48〕と注意を促している。衛生局としては、わが国の医療制度においては「開業医制ト云フモノガ、非常ニ特殊ノ沿革ノアル長所ヲ持ッテ居」るので、あくまでも「医療機関ノ普及ト云フコトハ国民ノ保健カラ見テ希望スベキ所」〔同上、76〕であるから、その限りで医療利用組合も公共団体による医療機関の開設も認めるという考え方であった。開業医制度がわが国の医療制度の「根幹」〔同上、p.148〕をなすという考え方は衛生局が堅持し続けるものであり、議会においてもこれを繰返し言明している。

医師法改正によって、医療利用組合の設立認可に際しては産業組合の利用事業として農林関係部局が、医療利用事業の医事衛生上のことがらについては医事衛生関係部局が、地方長官の名のもとに審査をし、認可することになった。

農林省には産業組合による医療設備の利用事業について内務省の関与を排除し専管事項としたという思いがあったが、医師法改正によって「産業組合が農林省にあるからといって主務官庁だけの許可ではできない」「二重の許可制度になったが、農林省は経営できるかどうか、内務省は医療設備が完備してあるかどうかを見極めるのであって衛生行政上止むを得ない」と了解せざるをえなかった（33年4月の全国医療利用組合協議会での蓮池公咲農林省事務官の発言[医・社、33/ 5/ 3号、5]）。では、農林省はこの時点で医療利用組合についてどのように考えていたのか。医師法改正案を審議する衆議院委員会で、有馬頼寧政務次官は、原則的に「組合ニ依ル診療所ノ普及ト云フコトガ、非常ニ必要デアルト同時ニ、又診療所ノ内容」も問題であるから、「農林省及内務省ノ間」で「十分協議ヲ」して「成ルベク完全ナ好イ設備ガ普及ヲシテ、一般ノ人々ニ利益ヲ與ヘラレルヤウ」に取計ろうとしている。衛生局との間で齟齬はないようにみえるが、有馬は「地方ニマダ随分医療ノ普及シテ居ラス所ガアリマス、又大都会ノ中ニ於キマシテモ十分ニ医療機関ヲ利用デキナイ人々モ多数アリマス」という認識をもち、そのため全国各地で、農村部においても市街地や都市においても医療利用組合が設立される状況になっていると述べている[議会議録、1993a, 157- 8]。医療利用組合の設立を「医療普及の不十分な」農村部に限定して考えようとする衛生局と、「医療普及が不十分な」農村部だけではなく「医療利用が不十分に」しか行えない人々が居住する都会でもその設立を認めようとする農林省との間には、政策方向において大きな隔たりがあったことを確認できるだろう。

3. 医療利用組合をめぐる内務省衛生局と社会局の対抗関係

33年5月の全国衛生技術官会議における「医師法及歯科医師法中改正に関する件」についての協議で、非医師の開設する医療設備利用を行う医療利用組合の内務省としての取扱い方が問

題とされた。加藤警視庁衛生課長は「色々議論の末認可された」東京医療利用組合の事例を念頭におきながら、「産業組合法に依る利用組合は医業統制の立場より農林省所管は不合理なるを以て衛生立法として立案されたし」と発言した。これは、医事行政は衛生局の専管事項であって、たとえ農林省が管轄する産業組合による事業であるとしても農林省が容喙すべき事柄ではないとする考え方を提起したものであり、産業組合の利用事業から医療設備利用を除外すべきであるとするものであった。これに対して、本省の白松医務課長は、「利用組合を必要とせる社会事情につき考慮せざるべからず。奨励すべきや否やにつき相当考慮の余地あり」とまず答えた。ここには、医事法制上、また行政権限上、農林省が医療利用組合の設立認可を通して医事行政に関与することに疑問を抱きながらも、現に医療利用組合が医師なき農村部だけでなく、市街地及び都市においても医療を充分に享受しえない中産層以下の人々を中心にして組織されている状況を認識せざるをえないことが示されている。しかし、医師法改正によって公共団体ではない非医師により開設される医療事業である医療利用組合は地方長官による認可を要するようになったが、その認可のあり方や基準は未だ確定していなかった。そのため、先の回答に続いて「医師の在る所に組合の出来たる際は其の地方の医師を利用する様勧められたし」としか言えなかった。これは自らの医業権を擁護するために反医療利用組合運動を展開する医師会を宥め、衛生局の主導の下に医師会と医療利用組合との「並存」「協調」を模索しようとするものに他ならない。大島衛生局長も「開業医制度と利用組合との調和を為す様致したし」と医務課長の発言を追認するに止まった[日本公衆保健協会雑誌、33/ 6号、28- 9；医・社、33/ 5/ 24号、6]。

一方で、社会局は、健康保険制度によって、救護法等の社会事業によって、さらに恩賜時局匡救医療救護事業によって、次第に医事行政に関与する領域を拡げていた。34年2月の帝国議

Oct. 2013

内務省衛生局による医療利用組合政策の形成過程

会衆議院の「健康保険法改正」に関する委員会審議において、議員の側から医療利用組合を否定的にみる意見とともに社会局の対応を質されたことに答えて、丹羽七郎社会局長は医療利用組合には「今日ノ農村ノ実情カラ考ヘマシテ、斯様ナ制度ガ起ルト云フコトモ無理カラヌ事柄」であるという認識を示したうえで、様々な問題が生じていることも確かであり、医療利用組合に関しては「農林省ト、内務省デハ衛生局ト、ソレカラ社会局ト、皆関係ヲ」をしているので、「是等ノ問題ニ付キマシテモ寄り寄り協議ヲ致シテ居」る状況にあるとし、産業組合行政の主務官庁が農林省であるとしても、医療利用組合には内務省では衛生局だけではなく社会局も関与しているが、それぞれの行政権限範囲とその政策方針が明確になってはいない状況にあることを示唆した。そのうえで、丹羽長官は「社会局トシテ是ナラ宜シイト云フ位ニ案ガ未ダ充実致シマセヌカラ、立案ノ考究ト相俟ッテ」保険制度と医療利用組合との「両者ノ関係モ十分ニ考エテ行キタイ」と述べ、社会局としての医療利用組合政策を作るという意向を示した〔議会議録, 1993b, 111〕。ここに、[[日本医師会]・[衛生局]] — [社会局] — [[農林省]・[産業組合]] という対抗関係が浮かび上がってくる。

4. 衛生局の医療利用組合政策の確立——大島論文と白松発言

時局匡救医療救護事業との関連で、大島衛生局長は『官報』に「農村における医療問題」〔大島辰次郎, 1934〕を執筆している。このなかで、大島は衛生局が1918年以降行ってきた「農村衛生調査」の結果に基づいて、「農村の現時衛生状態に徴し、医療の普及または医療の問題は、農村衛生の改善または健康増進上よりも緊要缺くべからざる問題」とあり、これを「等閑視する如きは、国家の体面にかかわる問題」とすると述べている。こうした状況下で、32年度後半から恩賜時局匡救医療救護事業を実施してい

るが、これを「非常時救護」に止めることなく「永久的な施設」とすることを各方面から求められており、「医療普及」のための方策を樹立することが必要であるとしている。では、どういう方策がありうるかとして、公医あるいは公費補助医師の設置にふれたうえで、「産業組合法による医療利用組合」に言及している。ここでは、「開業医師のない町村または医療の恵沢を受けることのできない町村で自主的に医療利用組合を作り医療を得ることは、農村の医療普及には最も希望するところである」と述べ、そのうえで、農村の医療普及と医療利用組合、そして医療利用組合と開業医制との関係について「各種の地方的事情」をふまえて研究考慮することが衛生局にとっても必要なこととした。ここにすでに、衛生局が医療利用組合のあり方について基本的にどのように考えているかが示されているというべきであろう。衛生局は、わが国の医療制度の根幹には開業医制があり、医療利用組合は「開業医師のない町村または医療の恵沢を受けることのできない町村」ではその存在意義があると考えているのである。現実の医療利用組合運動はすでに郡区域を超えるような広区域単営組合を東北地方を中心にいくつかの地域に設立し、それどころか33年には愛知県碧海郡で医療利用組合連合会の設立認可を受けていたように、こうした衛生局の考え方ははるかに超えたところにまで展開していたにもかかわらず。そこに、衛生局と農林省が医療利用組合をめぐる様々な政策上の対立、そして調整をすべき領域が広がっていたのである。

大島局長が示した考え方に基づく衛生局による医療利用組合政策は、34年5月の全国警察部長会議での「衛生局関係事項」の協議(17日)の際に、その原則が提示され、各警察部長には確定されたものとして了解された。この会議で白松医務課長は、青森県警察部長が「産業組合の利用組合による組合病院設置の為開業医が圧迫され困窮している」「両者の調和に関する本省の意見如何」を質したのに答えて、まず医療利用組合が各地に普及しつつあるのは「医療報

酬が一般民衆にとり高すぎはしないかといふこと及び農村救済策として医療費低減が叫ばれていることに因るのであって趣旨としてはよいことだと考へる」と述べた。この発言の趣旨からすれば、医療を享受できない人々が存在する限り、それが農村部であろうが市街地や都市であろうが、医療利用組合が組織される社会経済的理由があり、衛生局としてもそれを許容することになるはずである。しかし、白松医務課長は「医療利用組合の良否は単に医療費が低くなること」で十分なのではなく、「医療そのものが適切に行はれるか否か」こそが問題であるとした。そして医療利用組合の二つの形態、つまり町村兼営組合と広区域単営組合との違いに言及して、前者は比較的小規模なものであり「積極的に援助し発達せしむべきものと考えてゐる」が、後者は「規模大なるに随ひ多額の経常費を要」するため「診療費も高く治療成績も必ずしも開業医に勝るとは言へない」、これは「一の企業であり株式会社に類するもの」とみることができるので「我々は斯かるものは断固として阻止したいと考える」と述べた。いかなる根拠によってこうした発言になったかは分からないが、衛生局の考え方は明白である。要するに、医療利用組合については「区域が小なること、診療費が低廉なること、及び医療の内容が適切なることを大体の標準として許可を決定されたい」ということである〔医海、34/ 5 /26号、25；京都医衛、34/ 6 号、27は、この三つが「絶対条件であつて」「慎重考慮して許可を決定する」ように「当局の方針を宣明した」と伝えている；池田清志、1935a〕。この白松医務課長の発言は「全国警察部長会議ニ於テ為シタル内務省ノ組合病院ニ対スル方針」であつた〔青森県医療利用組合協会、1934、4〕。

おわりに

これまで、衛生局による医療利用組合政策の形成過程を、33年医師法改正・診療所取締規則を中心に検討してきた。恐慌と満州事変からの

戦争状況という時代状況において、また時局匡救事業や農山漁村経済更生運動が展開されるなかで、医療衛生の領域では、営利を目的とし実費診療を掲げる非医師による医療機関の簇出、無産政党や労働農民団体による開業医制とりわけ医師会による診療報酬規程を批判し勤労者大衆の医療を確保しようとする政治的医療運動の展開、市街地や都市に病院を開設する広区域単営組合にまで発展した医療利用組合運動がみられ、そしてまた、健康保険・救護法などの社会事業及び時局匡救医療救済事業を通じて社会局が、医療利用組合を通じて農林省が医事衛生行政分野への関与を強めるなかで、衛生局は医師法改正に取り組み、開業医制を根幹とするわが国の医療制度のあり方を再確定するとともに、職能団体たる医師会の権限を強化することで「医業の統制と医風の向上」を図り、医師会による内部統制の強化と医師会に対する監督指導を通じた国家＝衛生局による医業統制の強化を実現した。こうしたことによって、衛生局は医事行政の主務官庁としての自らの行政権限を再確定した。衛生局は、根柢においては産業組合による医療設備利用に疑問を持ちつつも、現実には存在する医療利用組合を必要としている客観的条件を認めざるをえず、開業医制を根幹とするわが国の医療制度のあり方に抵触しない範囲内に医療利用組合運動を抑制する方向を示すことになった。33年医師法改正によって、医療利用組合は産業組合としてまた医療機関として「二重の許可」を要することとなった。このことは、将来における、医療利用組合に対する農林省と内務省（＝厚生省）による「共管」への道を開くことにもなった。

注

- 1) 鈴木梅四郎を中心とする社団法人実費診療所とそれ以外の実費あるいは軽費診療所とは性格が異なることに注意を要する。鈴木梅四郎は済生会のごとき上からの施しを意味する「救貧」・慈善救済に対して、「防貧」・社会事業を理解するに「社会事業は人民が人民の為に人民相互の力を持って行ふ社会的貧困の救済策」であるとし、

「事業の経済的基礎を多く共労共営 (Co.operation) に置く」[鈴木梅四郎, 1929, 35- 6] とした。Co.operation は Co-operative とも記されている (104)。つまり、鈴木は社会事業を社会的連帯にもとづく相互扶助、墨子の言を借りれば「兼愛交利」というふうに理解していたといえるだろう。cooperative は必ずしも自主的協同組織たる「出資・利用・運営」を三位一体的に行う協同組合に直接的に至るものではない。何故なら、鈴木は議論は社会事業しかも公共的社会事業についてのものであり、医療社会事業には医療の社会化・大衆化の行き着く先として「医業国営」論があるからである [鈴木梅四郎, 1928]。しかし、そこに至る道程において、社会事業の経済的基礎が共労共営 = cooperative であるならば、cooperative = 産業組合⇒共存同栄 (国際協同組合同盟のスローガンである Each for All, All for Each を産業組合中央会会頭であった平田東助が訳したもの [産業組合史編纂委員会, 1953, 141]) であるが故に、医療利用組合に通底しているものである。そのことは、鈴木梅四郎が東京医療利用組合の設立を始め医療利用組合に積極的に賛同し、協力していることにも示されている。鈴木梅四郎の議論でもう一つ決定的に重要なことは、医師会の独占的営利主義的同業者組合としての性格を規定する要因をどこに求めているかということである。彼は、医師会令により強制設立された医師会が「診療報酬規約」を定め、それを会員たる医師に強制していることがその要因であるとする。一例を挙げれば、「医師会から診療報酬規約を除去してしまへば、モウ事実上医師会は無いても同然である。不肖の所謂医業営利同業組合の唯一の基礎が崩壊するのである」とさえ述べている [鈴木梅四郎, 1929, 189]。鈴木が主導した実費診療運動 (= 社団法人実費診療所の運動) が何を眼目とし、どこを狙い撃とうとしていたかを正確に把握することが肝要である [田中省三, 1991も参照]。

- 2) 1931年「救療事業調」では、日本無産者医療同盟、全国労農大衆党、社会民衆党、あるいは労働組合や農民組合が展開した無産者医療運動のなかで生まれた診療所では、医療同盟の「岳北無産者診療所」のみしか記載されていないし、医療利用組合に至っては山梨県中巨摩郡の「豊組合医院」しか記載されていない [内務省衛生局, 1933, 82]。この調査自体かなり不十分なものであったといえるだろう。
- 3) 『協同組合を中心とする日本農民医療運動史』[全国厚生農業協同組合連合会, 1958] は、医療利用組合運動の初期から1935年までに医療利用事業を兼営した産業組合の一覧表を掲げているが

(104- 5), 32年に行われた衛生局および東京医療利用組合による調査結果とは違いがある。衛生局調査では、岩手県矢作組合、奥玉組合、新潟県胎内組合、三重県東栢植組合、岐阜県下川組合、奈良県田原組合、福岡県久原組合が抜けており、『日本農民医療運動史』の一覧では、千葉県瀧田組合、山梨県豊組合、長野県北小川組合、依田社 (32年6月解散)、真島組合 (32年3月廃止)、奈良県平端組合 (事業開始に至らなかった [拙稿, 1992])、岡山県総社組合、成羽組合が抜けている [日本医師会, 1932, 5- 7]。いづれにも、富山県片口組合がない [医療組合運動, 32/ 4/24号, 8]。こうみえてくると、まだまだ歴史に埋もれたままの医療利用組合が存在しているように思われる。[医・社, 33/11/22号, 20- 2] は、33年11月20日現在の全国医療組合名簿として町村四種兼営組合29、広区域単営組合29、連合会1をあげ、閉鎖中の町村兼営13、認可申請中のもの17、創立準備中のもの20、さらに「産業組合に依らざる任意的医療組合」として日本無産者医療同盟の診療所、全国農民組合を基礎とした診療所、社会民衆党系の診療所、漁業組合の診療所など33をあげている。これもまた、参照すべき重要な情報を伝えている。

- 4) 八王子実費診療組合は実費診療所と医療利用組合との系譜的関連性を考える上での好例である。八王子実費診療組合が鈴木梅四郎と経営管理に関する契約を結んでいたことは事実であるが、30年9月で契約満期となるに及んで、相互診療組合では経営方針をめぐる様々な協議がなされ、「鈴木氏と断然手を断ち独立にて経営することに決し」、組合大会で満場一致これを確認した [医海, 30/ 9/20号, 35]。鈴木梅四郎の側でも、『医海』によるインタビューのなかで、「社団法人実費診療所で八王子第一相互診療所の如き診療所の経営を引き受けると言うことですが真当ですか?」という質問に対して、「イヤ左様なことはない。然し我々と同様な趣旨のもとに診療機関を設けるものがあれば吾々は出来るだけの便宜は図るつもりだ」と答えている [同上, 30/ 7/19号, 17]。鈴木は側には協同組合が実費あるいは軽費診療を行うことには理解を示しているが、「協同組合」そのものを組織していくという考えはなかったように思われる。
- 5) [医海, 29/12/21号, 17- 8] の大阪市医師会での診療報酬規程撤廃をめぐる記事「医師会診療報酬規定の撤廃は不可・改正は必要」は、医師会の調査委員である川西栄之祐の論文の概要を紹介している。このなかで、1915年の大阪府令第50号「病院及診療所取締規程」をあげ、この取締規程の第1条は「医師ニ非ズシテ診療所又

ハ病院ヲ設立セントスル者ハ・・・当庁ノ認可ヲ受クベシ」と定め、非医師による医療機関の開設が認可制であること、そして第3条で「診療治療料額ハ其ノ所在地ニ於ケル医師会規約ノ定ムル所ニ拠ルベシ」と規定し、医師会が定める診療報酬額を下回るいわゆる「実費又は低廉治療を標榜の弊害を防止」したとしている。28年の鳥根県「診療所規則」と同様のものが存在していたことがわかる。

- 6) 東京でも、35年においても実費診療・軽費診療による営利行為をなそうとする者が存在していたこともあり、35年11月に警視庁衛生部長名をもって「診療所取締に関する件」という通牒がだされ、そのなかで「実費診療・軽費診療其他社会救済の美名に隠れて私利を貪らむとする違法行為」がなされている事例があり、「医事警察上洵に看過すべからざる処」であるとしている[医海, 35/11/29号, 26]。医業に対して医事警察としての統制を図ろうとする事態が進んでいた。

参考文献

- 青森県医療利用組合協会 (1934)『青森県ノ医療組合』。
『医海時報』。
『医業と社会』。
池田清志 (1935a)「医療制度私見 (国民受療法案)」『京都医事衛生誌』 35/ 2 号, pp.1-22。
池田清志 (1935b)「社会人の医業観」, 池田清志, 佐渡静夫編『衛生関係式辞講演集』所収, pp.160-178。
『医療組合運動』。
宇多弘道 (1930)「医業報酬規程問題に関する卑見」『医海時報』 30/ 1/18号, pp.126-8。
大阪社会労働運動史編集委員会 (1989)『大阪社会労働運動史 (第2巻) 戦前篇・下』。
大島辰次郎 (1934)「農村における医療問題」『官報』 (34/ 2/21・2/26)。
岡本正志 (1934)『有限責任利用組合 東青病院沿革誌』。
亀山孝一 (1931)「医業の法律漫談 (28) 医療利用組合」『東京医事新誌』 31/ 8/ 8 号, pp.42- 3。
亀山孝一 (1935)「改正医師法並に附帯命令に就いて」, 池田, 佐渡編『衛生関係式辞講演集』所収, pp.120-50。
亀山孝一 (1939) 無題『大島辰次郎君追想録』所収, pp.59-63。
『京都医事衛生誌』。
京都市庶務部社会課 (1935)『調査報告第30号 京都市に於ける医療保護事業に関する調査』。
国沢健雄 (1932)「大阪府下に於ける不正診療」『医業と社会』 32/ 1/13号, pp.42-3。
厚生省 (1955)『医制八十年史』。
産業組合史編纂委員会 (1953)『産業組合史未定稿十二』。
『社会事業研究』 大阪府社会事業連盟。
白松篤樹 (1935)「改正医師法令に就いて」, 池田, 佐渡編『衛生関係式辞講演集』所収, pp.151-60。
白松篤樹 (1939)「大島氏と医師法改正問題」『大島辰次郎君追想録』所収, pp.198-9。
鈴木梅四郎 (1928)『医業国営論』実業生活社出版部。
鈴木梅四郎 (1929)『医療の社会化運動』実業生活社出版部。
田中省三 (1995)『医療の社会化を实践した人物・鈴木梅四郎』医史研究会。
中部厚生農業協同組合連合会厚生病院 (1955)『二十五年誌』。
帝国議会衆議院委員会議録 (1993a)「第六十四回帝国議会衆議院 医師法中改正法律案外一件委員會議録」『帝国議会衆議院委員會議録昭和編36』 東京大学出版会。
帝国議会衆議院委員會議録 (1993b)「第六十五回帝国議会衆議院 健康保険法中改正法律案外一件委員會議録」『帝国議会衆議院委員會議録昭和編45』 東京大学出版会。
内務省衛生局 (1931)『昭和4年12月31日現在 救療事業調』。
内務省衛生局 (1933)『昭和6年9月1日現在 救療事業調』。
日本医師会 (1932)『医政調査資料第七輯 産業組合立診療機関二関スル資料』。
日本資料刊行会 (?)『社会運動の状況 (内務省警保局編) より 無産政党運動編 第二巻 自昭和六年 至昭和八年』
『日本社会衛生年鑑』労働科学研究所。
日本無産者医療同盟 (1932)『第二回全国大会報告』 (32/12/ 3, 於築地小劇場)。
拙稿 (1992)「初期医療利用組合の諸相 (上)」『阪南論集社会科学編』第24巻第2号。
拙稿 (2010)「医療利用組合と国民健康保険・再考 (上)」『日本医療経済学会会報』第29巻第1号。
(2013年7月19日掲載決定)